

2025

혜택 요약서

**Humana Group Medicare Advantage PPO 플랜
PPO 079/605**

Board of Pensions of the Presbyterian Church

Humana®

당사의 서비스 지역에는 미국 내 특정 카운티, 푸에르토리코 및 기타 모든 주요 미국 자치령이 포함됩니다.



Humana Group Medicare Advantage PPO 플랜에 대해 알아보도록 하죠.

이 사용하기 쉬운 안내서에서 보장 서비스를 포함하여 Humana Group Medicare Advantage PPO 플랜에 대해 자세히 알아보세요.

제공된 혜택 정보는 당사가 보장하는 혜택과 가입자가 부담하는 내용에 대한 요약입니다. 여기에는 당사가 다루는 모든 서비스가 나열되어 있지 않고, 제한사항이나 제외사항도 모두 기재되어 있지는 않습니다. 지원되는 전체 서비스 목록은 '보장범위증명서'를 참조하십시오.

자격 요건

Humana Group Medicare Advantage PPO 플랜에 가입하려면 Medicare 파트 A 자격이 있고 Medicare 파트 B에 가입되어 있어야 하며 당사 서비스 지역에 거주해야 합니다.

Humana Group Medicare Advantage PPO 플랜은 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자 네트워크를 보유하고 있습니다. 자세한 내용은 Humana Group Medicare 고객 지원에 문의하시기 바랍니다.

플랜 이름:

Humana Group Medicare Advantage PPO 플랜



건강한 파트너십

Humana에서 제공하는 추가 서비스와 자원을 통해 이 플랜을 더 많이 활용하십시오!

연락 방법:

문의 사항이 있으시다면 무료 전화
1-855-273-0021
(TTY/TDD 711)

월요일~금요일, 오전 8시 - 오후 9시 동부
시간에 전화해 주십시오.

또는 웹사이트 **Humana.com**을
방문하십시오.



월 보험료, 공제금 및 한도액

	네트워크 내	네트워크 외
플랜 비용		
월 보험료 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.	실제 납부할 보험료에 관한 자세한 내용은 귀하의 고용주/노동조합에 문의하시기 바랍니다.	
의료 공제금	이 플랜에는 공제금이 없습니다.	
최대 본인 부담금 해당 연도의 의료 서비스에 대한 공동 부담금, 공동 보험비용 및 기타 비용에 대해 귀하가 지불하는 최대 금액.	<p>네트워크 내 최대 본인부담비용 \$2,590 Medicare 보장대상 서비스에 대한 본인 부담금 한도. 다음 서비스는 최대 본인부담비용에 적용되지 않습니다. 파트 D 약국, 피트니스 프로그램, 건강 교육 서비스, 식사 혜택, 퇴원 후 개인 홈케어, 퇴원 후 교통 서비스. 금연(추가) 및 플랜 보험료는 네트워크 내 최대 본인부담비용에 적용되지 않습니다.</p> <p>본인부담비용 한도에 도달하면 보장대상 병원 및 의료 서비스에 대한 남은 기간 동안의 비용 전액을 당사가 지불합니다.</p>	<p>네트워크 내 및 외 합산 최대 본인부담비용 \$2,590 Medicare 보장 서비스에 대한 본인부담비용 한도 네트워크 내 제외사항: 파트 D 약국, 피트니스 프로그램, 건강 교육 서비스, 식사 혜택, 퇴원 후 개인 홈케어, 퇴원 후 교통 서비스. 금연(추가) 및 플랜 보험료는 합산된 최대 본인부담비용에 적용되지 않습니다.</p> <p>네트워크 외 제외사항: 파트 D 약국, 전 세계 보장범위 및 플랜 보험료는 합산된 최대 본인부담비용에 적용되지 않습니다.</p> <p>네트워크 내 제공자로부터 받은 서비스에 대한 한도는 이 한도에 산입됩니다.</p> <p>본인부담비용 한도에 도달하면 보장대상 병원 및 의료 서비스에 대한 남은 기간 동안의 비용 전액을 당사가 지불합니다.</p>

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.



보장대상 의료 및 병원 혜택

	네트워크 내	네트워크 외
급성 입원 치료		
이 플랜은 환자 입원일수에 제한 없이 병원 입원을 보장합니다. 응급 상황을 제외하고, 의사는 환자가 병원에 입원할 것이라는 사실을 플랜에 꼭 알려야 합니다.	입원당 \$320	입원당 \$320
병원 외래환자 보장		
병원 외래 방문	비용의 0%~4%	비용의 0%~4%
관찰 서비스	비용의 4%	비용의 4%
통원 수술 센터	비용의 4%	비용의 4%
의사 진료실 방문		
일차의료 제공자(PCP)	비용의 0%	비용의 0%
전문의	비용의 4%	비용의 4%
예방 진료		
포함 서비스: 연례 건강검진, 독감 예방 접종, 결장암 및 유방암 검사 계약 연도 동안 Medicare에서 승인한 추가 예방 서비스가 보장됩니다.	비용없이 보장됨	비용없이 보장됨
응급 진료		
응급실 동일한 질환으로 24시간 이내에 병원에 입원하는 경우, 응급 진료에 대한 본인 부담금을 지불하지 않아도 됩니다. 기타 비용은 이 책자의 '입원 환자 병원 진료' 섹션을 참조하십시오.	Medicare 보장대상 응급실 방문에 대해 비용의 4%	Medicare 보장대상 응급실 방문에 대해 비용의 4%
긴급하게 필요한 서비스 긴급하게 필요한 서비스란 응급 상태는 아닌 것으로서, 예기치 못한 의학적 질병, 부상 또는 즉각적인 치료가 필요한 상태를 치료하기 위해 제공되는 의료 서비스를 말합니다.	비용의 0%~4%	비용의 0%~4%
진단 서비스, 검사실 및 영상촬영		
진단용 방사선	비용의 4%	비용의 4%
검사실 서비스	비용의 0%	비용의 0%

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.



보장대상 의료 및 병원 혜택

	네트워크 내	네트워크 외
진단용 검사 및 시술	비용의 0%~4%	비용의 0%~4%
외래환자 엑스레이	비용의 4%	비용의 4%
방사선 치료	비용의 4%	비용의 4%
청력 서비스		
Medicare 보장 청력: 진단용 청력 및 균형 검사	비용의 4%	비용의 4%
정기 청력 TruHearing 제공자를 사용해야 합니다. 제공자를 찾으려면 고객 서비스에 문의하십시오.	연간 최대 1회의 정기 청력 검사에 대해 \$0 의 공동 부담금. 연간 최대 무제한의 후속 제공자 방문에 대해 \$0 공동 부담금. 연간 귀당 1개까지 각 고급 수준 보청기에 대해 \$99 의 공동 부담금. 연간 귀당 1개까지 각 프리미엄 수준 보청기에 대해 \$399 의 공동 부담금. 참고: 보조 장치당 80개의 배터리와 3년 보증이 포함되어 있습니다. TruHearing 보청기 구매 후 첫 1년 동안 무제한 사후 관리 서비스 방문.	
치과 서비스		
Medicare 보장 치과	비용의 4% (턱 또는 관련 구조물의 수술, 턱 또는 안면 뼈의 골절 세팅, 방사선 치료 또는 종양 질환에 대비하기 위한 치아 발치 등의 서비스 포함)	비용의 4% (턱 또는 관련 구조물의 수술, 턱 또는 안면 뼈의 골절 세팅, 방사선 치료 또는 종양 질환에 대비하기 위한 치아 발치 등의 서비스 포함)
정기 치과 진료	3년마다 사분면당 최대 1회에 한해 스케일링 및 치근 활택술(딥 클리닝)에 대한 비용의 0% . 3년마다 최대 1회 종합 구강 평가 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증에 대한 스케일링 비용의 0% . 완전 의치, 부분 의치는 5년마다 최대 1세트까지 비용의 0% . 5년마다 최대 1장까지 파노라마 필름 또는 진단용 엑스레이 촬영에 대한 비용의 0% .	3년마다 사분면당 최대 1회에 한해 스케일링 및 치근 활택술(딥 클리닝)에 대한 비용의 0% . 3년마다 최대 1회 종합 구강 평가 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증에 대한 스케일링 비용의 0% . 완전 의치, 부분 의치는 5년마다 최대 1세트까지 비용의 0% . 5년마다 최대 1장까지 파노라마 필름 또는 진단용 엑스레이 촬영에 대한 비용의 0% .

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.



보장대상 의료 및 병원 혜택

네트워크 내	네트워크 외
<p>연간 최대 1세트까지 치아 교익 엑스레이에 대한 비용의 0%. 연간 최대 1회 의치 조정, 의치 리베이스, 의치 리라인, 의치 수리, 응급 진단용 검진, 구강 내 엑스레이, 근관 치료 또는 재치료, 조직 조절에 대한 비용의 0%. 아말감 및/또는 복합 충전물, 크라운, 통증에 대한 응급 치료, 불소 치료, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방(치석 제거)에 대한 비용의 0%(연간 최대 2회). 기타 수복 서비스 비용의 0% - 코어 빌드업 및 조립식 포스트와 코어는 평생 치아당 1개까지 가능합니다. 연간 최대 4회까지 치주 관리 비용의 0%. 연간 무제한 전신 마취(아산화질소, 항불안제, 정맥주사-의식 진정/진통), 단순 또는 외과적 발치 비용의 0%. 모든 예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액은 합산하여 \$1,000.</p>	<p>연간 최대 1세트까지 치아 교익 엑스레이에 대한 비용의 0%. 연간 최대 1회 의치 조정, 의치 리베이스, 의치 리라인, 의치 수리, 응급 진단용 검진, 구강 내 엑스레이, 근관 치료 또는 재치료, 조직 조절에 대한 비용의 0%. 아말감 및/또는 복합 충전물, 크라운, 통증에 대한 응급 치료, 불소 치료, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방(치석 제거)에 대한 비용의 0%(연간 최대 2회). 기타 수복 서비스 비용 0% - 코어 빌드업 및 조립식 포스트와 코어는 평생 치아당 최대 1개까지 가능합니다. 연간 최대 4회까지 치주 관리 비용의 0% 연간 무제한 전신 마취(아산화질소, 항불안제, 정맥주사-의식 진정/진통), 단순 또는 외과적 발치 비용의 0%. 모든 예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액은 합산하여 \$1,000. 네트워크 외에서 받은 혜택은 네트워크 내 혜택 최대 한도, 제한 및/또는 제외 사항에 따릅니다.</p>

제한사항 및 제외사항이 적용될 수 있습니다. 제출된 청구는 보장 적용을 승인하기 위해 임상 검토 및 치과 병력을 포함한 검토 절차를 거치게 됩니다. 이 플랜의 치과 혜택은 모든 ADA 시술 코드에 적용되지 않을 수 있습니다. 목록에 없는 서비스를 받으면 플랜이 보장하지 않으며, 가입자의 책임이 됩니다. 치과 보장 한도를 초과하는 금액은 가입자 본인이 부담해야 합니다. 혜택은 연년 기준으로 제안됩니다. 사용하지 않은 금액은 연말에 소멸됩니다. 각 플랜에 대한 정보는 [Humana.com/sb](https://www.humana.com/sb)에서 제공합니다.

네트워크 내 치과 의사들은 계약된 가격(네트워크 내 수가표 또는 INFS에 따라)으로 보장된 서비스를 제공하기로 합의했습니다. 가입자가 네트워크 치과를 방문하는 경우, 가입자는 협상된 수가표를 초과하는 비용을 청구받을 수 없습니다(단, 공동 보험비용 지불은 계속 적용됩니다).

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.



보장대상 의료 및 병원 혜택

네트워크 내

네트워크 외

네트워크 외 치과의사는 계약된 요금으로 서비스를 제공하는 것에 동의하지 않았습니다. 네트워크 외 제공자로부터 받은 서비스는 네트워크 내 최대 혜택, 제한사항, 제외사항이 적용됩니다. 가입자는 Humana가 제공자에게 지불한 금액보다 많은 금액에 대해서는 네트워크 외 제공자로부터 부과를 받을 수 있습니다. 제공자 찾기 지침은 아래를 참조하십시오. 네트워크 제공자는 당사로 직접 청구하는 것에 동의했습니다. 네트워크에 속하지 않은 제공자가 당사에 직접 청구하지 않으려는 경우, 가입자는 선불로 지급하고 환급신청을 해야 할 수 있습니다. 공동 보험비용 수준은 가입자 지역의 평균 협상된 네트워크 내 수가표(INFS)에 적용됩니다. 환급 요청에 대한 자세한 내용은 2장 지급 요청 연락처 정보를 참조하거나 Humana.com을 방문하십시오.

네트워크 외 제공자를 방문하는 경우, Humana의 환급액과 치과 의사의 청구액 사이에 차이가 있을 수 있습니다. 가입자는 네트워크 외 제공자를 방문할 때 이 차액을 부담해야 하며, 이를 차액 청구라고 합니다.

필수 보충 치과 혜택은 Humana Dental Medicare 네트워크를 통해 제공됩니다. 제공자를 찾으려면 고객 서비스에 문의하십시오.

시력 서비스

Medicare 보장 시력 서비스	비용의 4% (눈의 질병 및 부상에 대한 진단 및 치료 서비스 포함)	비용의 4% (눈의 질병 및 부상에 대한 진단 및 치료 서비스 포함)
Medicare 보장 당뇨병 안과 검사(연 1회)	공동 부담금 \$0	공동 부담금 \$0
Medicare 보장 녹내장 검사(연 1회)	공동 부담금 \$0	공동 부담금 \$0
Medicare 보장 안경(백내장 후)	비용의 4%	비용의 4%
정기 시력 EyeMed는 정기 시력 혜택의 네트워크 내 제공자입니다. 제공자를 찾으려면 고객 서비스에 문의하십시오.	\$0 연간 최대 1회의 정기 검사(굴절 검사 포함) 공동 부담금 \$150 자외선 차단 및 스크래치 방지 코팅과 같은 렌즈 옵션, 안경(렌즈 및 안경테) 피팅을 포함하여 콘택트렌즈, 안경(렌즈 및 안경테)에 대한 연간 최대 혜택 보장 합산 금액.	\$175 정기 검사(굴절 검사 포함)에 대한 연간 최대 혜택 보장 합산 금액. \$0 연간 최대 1회의 정기 검사(굴절 검사 포함) 공동 부담금. \$150 자외선 차단 및 스크래치 방지 코팅과 같은 렌즈 옵션, 안경(렌즈 및 안경테) 피팅을 포함하여 콘택트렌즈, 안경(렌즈 및 안경테)에 대한 연간 최대 혜택 보장 합산 금액. 네트워크 외에서 받은 혜택은 네트워크 내 혜택 최대 한도, 제한 및/또는 제외 사항에 따릅니다.

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.



보장대상 의료 및 병원 혜택

	네트워크 내	네트워크 외
정신 건강 서비스		
입원환자 입원 병원 진료 한도는 종합 병원 또는 정신과 시설에서 제공되는 입원환자 정신 서비스에 적용됩니다. 응급 상황을 제외하고, 의사는 환자가 병원에 입원할 것이라는 사실을 플랜에 알려야 합니다. 정신과 시설에서 평생 한도 190일.	입원당 \$320	입원당 \$320
외래 환자 그룹 및 개별 치료 방문	외래 치료 방문: 비용의 4% 부분 입원: 비용의 4%	외래 치료 방문: 비용의 4% 부분 입원: 비용의 4%
전문요양시설		
이 플랜은 SNF에서 최대 180일까지 보장합니다. 3일의 입원이 요구되지 않습니다. 180일 후에는 플랜이 \$0 부담.	\$0 의 공동 부담금, 1~20일차 매일 \$40 의 공동 부담금, 21~100일차 매일 비용의 20% , 101~180일차 입원	\$0 의 공동 부담금, 1~20일차 매일 \$40 의 공동 부담금, 21~100일차 매일 비용의 20% , 101~180일차 입원
물리 치료		
	비용의 4%	비용의 4%
구급차		
편도 횡수에 관계없이 서비스 날짜당. Medicare가 적용되는 교통편으로 제한됩니다.	비용의 4%	비용의 4%
파트 B 처방약		
Medicare 파트 B 보장 약품	비용의 4%	비용의 4%
Medicare 파트 B 인슐린 약품 당사 플랜에서 보장하는 모든 파트 B 인슐린에 대해 1개월(최대 30일) 공급량에 대해 \$35 이하로 지불하며, 플랜에 공제금이 있는 경우 해당 공제금은 파트 B 인슐린에 적용되지 않습니다.	비용의 4%	비용의 4%

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.



보장대상 의료 및 병원 혜택

	네트워크 내	네트워크 외
침술 서비스		
만성 요통에 대한 Medicare 보장 침술 방문	만성 요통에 대한 침술 비용의 4% 네트워크 내/외 방문 횟수를 합산하여 연간 최대 20회까지 가능합니다.	만성 요통에 대한 침술 비용의 4% 네트워크 내/외 방문 횟수를 합산하여 연간 최대 20회까지 가능합니다. 네트워크에 외 제공자로부터 받은 서비스는 네트워크 내 최대 혜택, 제한 및/또는 제외 사항이 적용됩니다.
이 플랜에서는 침술 면허를 소지한 제공자 또는 기존 Medicare 제공자 요건을 충족하는 제공자에게 서비스를 받을 수 있습니다.		
알레르기		
알레르기 주사 및 혈청	비용의 4%	비용의 4%
카이로프랙틱 서비스		
Medicare 보장 카이로프랙틱 방문	비용의 4%	비용의 4%
당뇨병 관리 교육		
	공동 부담금 \$0	공동 부담금 \$0
발 관리(족부학)		
	비용의 4%	비용의 4%
가정간호		
	공동 부담금 \$0	공동 부담금 \$0
의료 장비/용품		
내구성 있는 의료 장비(예: 휠체어 또는 산소)	비용의 4%	비용의 4%
의료용품 (카테터, 정맥주사 준비 및 소모품 포함, 이에 국한되지 않음)	비용의 4%	비용의 4%
보철(인공 의수족 또는 보조기)	비용의 4%	비용의 4%
당뇨병 모니터링 의료품	비용의 4%	비용의 4%
연속 혈당 측정기	비용의 4%	비용의 4%
외래 약물 남용 치료		
외래 그룹 및 개별 약물 남용 치료 방문	외래 치료 방문: 비용의 4% 부분 입원: 비용의 4%	외래 치료 방문: 비용의 4% 부분 입원: 비용의 4%
재활 서비스		
작업 및 언어 치료	비용의 4%	비용의 4%
심장 재활	비용의 4%	비용의 4%

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이
필요합니다.



보장대상 의료 및 병원 혜택

	네트워크 내	네트워크 외
호흡 재활	비용의 4%	비용의 4%
신장투석		
신장투석	비용의 4%	비용의 4%
신장 질환 교육 서비스	공동 부담금 \$0	공동 부담금 \$0
Humana 네트워크 내 원격의료 공급업체, 즉 MDLive(Original Medicare와 별도)		
일차의료 제공자(PCP)	비용의 0%	보장되지 않음
전문의	비용의 4%	보장되지 않음
긴급 치료 서비스	공동 부담금 \$0	보장되지 않음
약물 남용 또는 행동 건강 서비스	공동 부담금 \$0	보장되지 않음

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.



보장대상 의료 및 병원 혜택

네트워크 내

네트워크 외

피트니스 및 웰니스

SilverSneakers® 참여 매장 및 온라인에서 피트니스와 사회적 연결을 통해 더 건강하고 활동적인 삶을 살아보십시오.

건강 교육 서비스

개인 건강 코칭은 체중 관리, 영양, 운동, 등 관리, 혈압 관리, 혈당 관리를 포함한 웰빙 개선을 위해 참여를 선택한 Medicare 가입자를 대상으로 하는 대화형 인바운드 및 아웃리치 온라인 및 전화를 통한 웰니스 코칭입니다.

식사 혜택

가입자가 병원이나 전문요양시설에 하룻밤 입원 치료를 받은 후, 가입자는 무료로 영양가 있는 식사를 집으로 배달받을 수 있습니다.

퇴원 후 개인 홈케어

가입자가 병원 또는 전문요양시설에서 하룻밤 입원 치료를 받은 후, 가입자는 가정 내에서 일상 생활 활동을 수행하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 지원 유형에는 목욕, 옷 입기, 배변, 걷기, 식사하기 및 식사 준비 등이 포함됩니다.

퇴원 후 교통편 서비스

가입자가 병원 또는 전문요양시설에 하룻밤 입원한 후, 차량 공유 서비스, 승용차, 밴 또는 휠체어 이용이 가능한 차량을 통해 플랜에서 승인한 장소로 이동하는 교통편을 무료로 제공합니다.

퇴원 후 교통편 서비스

온라인, 이메일, 전화로 이용할 수 있는 종합 금연 프로그램이 있습니다. 개인 코치는 금연 목표를 설정하고 금연에 도움이 되는 글과 리소스를 제공하여 도움을 줍니다.

호스피스

Medicare 인증 호스피스에서 치료를 받아야만 합니다. 호스피스를 선택하기 전에 해당 플랜과 상담을 꼭 해야 합니다.

참고: 서비스 내용 및 서비스가 제공되는 곳에 따라 비용 부담 범위가 표시될 수 있습니다. 일부 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.

차별 금지 고지문

Humana 및 그 자회사는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 성별, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 퇴역 군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스 필요성 등을 이유로 사람을 차별하거나 배척하지 않습니다. Humana Inc.:

- 장애를 가진 분들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 합리적인 수정과 적절한 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보(큰 글씨, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주 사용 언어가 영어가 아닌 분들에게 언어 서비스를 무료로 제공하며 다음이 포함될 수 있습니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

합리적인 수정, 적절한 보조 지원 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우 **1-877-320-1235(TTY: 711)**로 전화하십시오. 운영 시간: 오전 8시 - 오후 8시(동부 표준시). Humana Inc.가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 퇴역 군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스의 필요성 등을 이유로 차별했다고 여기는 경우, Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **1-877-320-1235 (TTY: 711), accessibility@humana.com**을 통해 Humana Inc.'s Non-Discrimination Coordinator에게 본인이 직접, 우편 또는 이메일로 고충을 제기할 수 있습니다. 고충을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 Humana Inc.의 차별 금지 코디네이터가 도움을 드릴 수 있습니다.

또한, 미국 보건복지부, 민권 담당국 민원 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 통해 전자 방법으로 민원을 제출하시거나, 아래의 주소나 전화로 연락하실 수 있습니다.

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).**

California 가입자:

또한 **916-440-7370(TTY: 711)**으로 전화하거나 **Civilrights@dhcs.ca.gov**로 이메일을 보내거나 다음 주소로 우편을 보내 California 의료 서비스부 민권 담당국에 민권 민원을 제기할 수 있습니다. Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. 민원 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용할 수 있습니다.

이 공지는 www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure에서 확인할 수 있습니다.

GHHNDN2025HUM

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线：711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線：711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatnie skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



자세히 알아보기



이 플랜의 제공자 디렉토리는 **Humana.com**에서 확인하거나 이 책자 앞부분에 나와 있는 번호로 전화하시면 보내드리겠습니다.

Humana는 Medicare와 계약을 맺은 Medicare Advantage PPO 플랜입니다. 이 Humana 플랜 가입은 계약 갱신에 따릅니다.

이 플랜과 다른 Medicare 건강 플랜을 비교하려면 이 플랜을 후원하는 고용주 또는 노조에 전화하여 다른 옵션이 있는지 알아볼 수 있습니다.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대해 자세히 알아보려면 현재 사용 중인 'Medicare & You' 안내서를 참조하십시오. <http://www.medicare.gov> 에서 온라인으로 보거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 24시간 전화하여 사본을 받을 수 있습니다. TTY를 사용하실 경우 1-877-486-2048로 전화하십시오.

모든 제품의 이름, 로고, 브랜드, 상표들은 각각의 소유자들의 재산이며 이를 사용하는 것이 보증을 뜻하지는 않습니다.

Humana[®]

Humana.com

SB079605KO25